UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 470

FORMES CLINIQUES

DE

L'ASTASIE-ABASIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1902

PAR

F. VIANEY

Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Société de Médecine
Membre de la Société anatomo-clinique

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✠, ✪ I., *Président.*
BÉZY, ✪ A., RISPAL, FRENKEL, *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 470

FORMES CLINIQUES

DE

L'ASTASIE-ABASIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Mars 1902

PAR

F. VIANEY

Ancien Interne des Hôpitaux
Lauréat de la Société de Médecine
Membre de la Société anatomo-clinique

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✠, ✪ I., *Président.*
BÉZY, ✪ A., RISPAL, FRENKEL, *Assesseurs.*

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

TOULOUSE

IMPRIMERIE MARQUÉS & Cie, BOULEVARD DE STRASBOURG, 22

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✻, ✪ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✻, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✻, ✪ I. MOSSÉ, ✻, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✪ A.
Chimie	ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle	SUIS, ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE ✻.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✪ ✻, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.

(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MES SŒURS

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAITRES

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AVANT-PROPOS

Qu'il me soit permis, à la fin de mes études médicales, de faire un retour vers les années si tôt écoulées, et de penser à ceux qui, patiemment, m'ont enseigné les choses de la médecine et les devoirs du médecin. C'est avec bonheur que je leur dis merci, et avec une profonde reconnaissance que je place sous le vocable de mes Maîtres ce modeste travail.

A M. le docteur Baylac, mon premier souvenir. Je n'oublierai jamais la complaisance, le désintéressement, le dévouement dont il fit preuve pour me préparer au concours de l'internat.

M. le docteur Bézy m'accueillit comme externe avec une extrême bienveillance, et je n'ai qu'un regret en quittant les Hôpitaux, c'est celui de n'avoir pu finir mes années d'internat sous sa direction.

M. le professeur Vieusse et M. le docteur de Micas, chef de clinique de la Faculté, m'ont témoigné, durant le semestre que j'ai passé à la Clinique ophtalmologique, une très grande affabilité. Je suis heureux aujourd'hui de pouvoir les remercier publiquement de leurs excellentes leçons.

Je n'oublierai jamais que M. le professeur Rispal a été mon premier guide dans l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique.

J'ai eu l'honneur d'être tour à tour interne dans les services de MM. les docteurs Dupin, Basset et Morel.

Je les remercie de leur enseignement.

Auprès de M. le docteur Noguès, j'ai appris les recherches patientes de la clinique nerveuse et la conscience du labeur médical. Il m'a constamment guidé de ses avis et de ses excellents conseils dès le début de mes études. Qu'il me permette de lui exprimer ici mon affection et ma reconnaissance.

Enfin, j'ai été, tour à tour, externe et interne de M. le professeur Caubet. Etant encore sous ses ordres, je suis quelque peut gêné pour lui exprimer

toute ma gratitude. Laissez-moi seulement, mon cher Maître, rendre justice à l'excellence de votre enseignement et à l'extrême bienveillance qu'il vous a plu de toujours me témoigner.

INTRODUCTION

C'est à l'occasion d'une jeune fille, soignée par M. le docteur Noguès, que nous est venue l'idée de ce travail. Cette jeune malade, dont on lira plus loin l'observation, est atteinte d'une forme spéciale d'Astasie-Abasie. M. le professeur Bézy nous a offert aussi une observation très intéressante.

Depuis le mémoire de Blocq, on a publié sur l'Astasie-Abasie une foule d'observations, tant en France qu'à l'étranger, mais depuis 1892 il n'avait paru aucun travail d'ensemble venant grouper en faisceau les données nouvelles apportées sur cette question. C'est là ce qui nous a paru justifier ces quelques pages. Nous nous attacherons, en particulier, à décrire les formes nouvelles d'Astasie-Abasie qui ont été signalées depuis la classification de Charcot.

Voici quel sera notre plan :

1° *Historique;*

2° *Formes cliniques de l'Astasie-Abasie ;*

FORMES CLINIQUES DE L'ASTASIE-ABASIE

- Abasie.....
  - *a*) Paralytique ou Parétique.
- Astasie.....
  - *b*) Ataxique (avec incoordination motrice).
    - Choréiforme..
    - Trépidante ...
  - *c*) Monoplégique.
- Astasie-Abasie
  - *a*) Par accès, décrite par Ladame.
  - *b*) Saltatoire, — Brissaud.
  - *c*) Oscillante, — M. Surmont et Brunelle.
  - *d*) Frustes renfermant
    - les Dysbasies abouliques de P. Blotz.
    - l'Astasie-Abasie émotive de Seglas et Sollier.
    - la Staso-Busophobie de M. Debove et Boulloche.
    - les Abasies amnésiques de M. Ballet.

3° *Diagnostic et traitement ;*

4° *Conclusions ;*

5° *Index Bibliographique.*

Historique

Le professeur Jaccoud, en 1864, dans un court exposé, a décrit le premier ce qu'il appelle : « l'ataxie par défaut de coordination automatique ». Il donne une description très nette de ce qui sera appelé plus tard l'Astasie-Abasie, et il en fait une ataxie par exagération de l'excitabilité réflexe de la moelle. Dans ce syndrome hystérique, les mouvements des membres inférieurs sont normaux lorsqu'ils sont exécutés dans la station couchée ou assise; ils ne deviennent ataxiques que dans la station debout et pendant la marche.

En 1868, Lebreton signale, dans sa thèse sur la paralysie hystérique, des faits de même nature. De 1868 à 1883, nous ne trouvons aucun travail rappelant ce syndrome hystérique décrit mais oublié. C'est Charcot et Richer, en 1883, qui appellent l'attention sur ce point par leur publication sur : « Une forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de

coordination relative à la station et à la marche ». Ce travail parut dans la *Medecinea contemporanea*.

Weir Mitchell, en 1885, décrit, à Philadelphie, une ataxie motrice hystérique. « La malade conserve le libre usage de ses membres quand elle est couchée, mais debout ou à genoux, l'absence de coordination se manifeste immédiatement. La malade tombe alors d'un côté, cherche à se redresser, tombe en conséquence de l'autre côté... Cette forme d'incoordination est relative seulement aux mouvements complexes ; elle n'apparaît pas dans les cas de mouvements vulgaires des membres ; la faiblesse n'y est pour rien car la malade assise montre une force considérable. »

La même année sont publiés les travaux d'Erlenmeyer (Uber statische reflex Krampse) et de Henoch sur l'hystérie des enfants.

Roméi signale un cas de « Paraplegia infantile nel solo atto della Ambulagione ».

Tous ces travaux gisaient épars dans la littérature médicale. Il était réservé à l'école de Charcot de dégager ce syndrome et d'en faire une entité morbide bien décrite et bien nommée. En 1888, paraît le travail de Blocq dans les *Archives de Neurologie* ; il définit cette affection : « un état morbide, dans lequel l'impossibilité de la station verticale et de la marche normale contraste avec l'intégrité de la coordination des autres mouve-

ments des membres inférieurs ». Sur les conseils de M. Gérard, il nomme cette affection : Astasie-Abasie, nom qui a fait fortune et sert depuis à décrire ce syndrome.

La même année, Charcot revient sur ce sujet à propos de deux malades de sa consultation.

Souza Leite publie des : « Réflexions à propos de certaines maladies nerveuses observées dans la ville de Salvador, » et rapproche deux observations de celles déjà parues dans le travail de Paul Blocq (*Progrès médical*, XVI, 1889).

Paul Berbez publie, dans la *Gazette hebdomadaire* du 30 novembre 1888, une revue générale du syndrome : « Astasie-Abasie ».

L'année suivante, en 1889, J. Grasset consacre trois leçons cliniques sur un cas d'hystérie mâle avec Astasie-Abasie.

L'observation de M. Berthet, sur un cas d'Astasie-Abasie, publiée dans le *Lyon médical*, est intéressante, parce qu'on voit pour la première fois l'arrêt des symptômes dû à un simple artifice. La malade, qui est une hystérique, peut se tenir debout et marcher, grâce à un appareil plâtré descendant très bas sur les hanches.

A la même époque, paraissent les observations de Salemi Pace : Amnésie partielle spinale, et de Brunon, dans le *Poitou médical* de 1889.

Le professeur Charcot, dans sa seizième leçon, revient de nouveau sur l'Astasie-Abasie et pré-

sente un cas d'Abasie trépidante et plus tard un cas d'Abasie paralytique et deux cas d'Abasie trépidante, dont l'un développé chez un vieillard.

Wolf, à Berlin, publie un nouveau cas d'Astasie-Abasie. Il signale une particularité : c'est que l'affection cesse et revient par accès.

Cette observation se rapproche de celle publiée par Ladame, de Genève. L'homme dont il s'agit éprouva plusieurs accès, à quelques années d'intervalle, et finit par devenir tout à fait impotent.

Heffer, dans le *Bulletin de la Société médicale*, de Leipzig, relate un cas survenu à la suite de l'influenza.

Le professeur Binswanger, en Allemagne, combat les théories des auteurs français. Il relate trois observations de malades offrant des troubles de la marche et de la station, analogues aux observations parues en France sous la dénomination d'Astasie-Abasie. Il conclut que ce syndrome ne doit pas être élevé au rang d'une entité morbide distincte, mais qu'il est simplement une modalité de l'hypocondrie. C'est, pour lui, un trouble analogue à l'agoraphobie, c'est un symptôme de neurasthénie.

Moëbius, dans son travail sur l'Astasie-Abasie, combat ces conclusions et les modifie légèrement.

Le docteur Thyssen, au contraire, repousse franchement les idées de ses compatriotes, et se

rallie à l'Ecole française. Il rapporte trois observations de fillettes hystériques.

On trouve encore dans la même année, 1890, une observation d'Astasie-Abasie dans le traité de l'épilepsie, de Féré. Les observations de :

Nina Rodrigues.

Kusnetsoff.

Eulenburg. { Sur un cas d'Astasie-Abasie chez une jeune fille au cours de la maladie de Basedow.

Benedick.

Olivier. (Note sur un cas d'Astasie-Abasie).

Une observation de Hammond : La malade dont il s'agit n'a pas de passé hystérique; elle a oublié les mouvements de la marche, et quand elle se tient debout, son corps présente des alternatives de flexion et d'extension du bassin sur les cuisses.

Une nouvelle observation de Grasset : le malade présente des spasmes cadencés à forme de chorée rythmée.

Brissaud signale une forme d'Abasie saltatoire rythmée. Cette observation fort intéressante crée une forme nouvelle d'Astasie-Abasie.

MM. Seglas et Solier, dans les *Archives de Neurologie*, étudient le cas d'un malade qui était dans l'impossibilité absolue de marcher, bien que les mouvements généraux des membres infé-

rieurs fussent conservés, de sorte que le tableau clinique était identique à celui de l'Astasie-Abasie.

Toutefois, il existait un degré d'amnésie prononcée, qui s'étendait, selon l'opinion de ces auteurs, non seulement au domaine des souvenirs conscients, mais encore à celui des actes automatiques.

De plus, chaque tentative de station debout ou de marche était accompagnée d'angoisse « tout à fait semblable à celle que détermine, pour un agoraphobe, l'acte de traverser une place et donnant au syndrome actuel un aspect clinique comparable à celui des idées obsédantes. « M. Séglas avait caractérisé ce syndrome un peu différent de l'Astasie-Abasie vraie, du nom d'Astasie-Abasie émotive. P. Blocq propose le nom de Dysbasie-Aboulique (*Archives de Neurologie*, 1891).

Quelque temps après paraît, à Bordeaux, un travail du docteur Régis sur : « les neurasthénies psychiques. »

L'auteur ne manque pas de signaler les dysbasies émotives et insiste beaucoup sur la part de phobie qui existe dans toute Astasie-Abasie.

A Paris, le Dr Bonamaison, à Lyon, M. Tournier, publient chacun deux cas d'Astasie-Abasie.

Pitres, dans ses leçons cliniques sur l'hystérie, fait du syndrome Astasie-Abasie une manifestation purement hystérique.

Il faut signaler, en 1890, la première thèse qui

ait été faite sur ce sujet : c'est la thèse du docteur Cahen.

En janvier 1892, dans les *Archives de Neurologie*, paraît le travail d'Ed. Weil, qui mentionne l'arrêt des troubles fonctionnels par la pression de certaines régions.

En juillet, paraît la thèse du docteur Maigre, qui rapporte quatre observations inédites.

L'ouvrage du docteur Blocq qui a pour titre : « Les troubles de la marche dans les maladies nerveuses, consacre un chapitre aux dysbasies psychiques. »

Dans la même année, paraît à Lyon la thèse du docteur Jolly, suivie quelque temps après par une thèse de Paris du docteur Duprat. Ce sont là les deux derniers ouvrages analogues.

En 1893, Morton Prince rapporte une observation d'Astasie-Abasie. « La difficulté de la station et de la marche est le seul signe présent. Toutefois, ce cas s'écarte par certains côtés du syndrome classique. Il s'agit d'un homme de 73 ans, marié, père de six enfants, qui fut pris, il y a un an, d'abord par accès puis d'une façon continue, de troubles de la marche.

Certains caractères rapprochent le cas de la paralysie agitante.

Bouchaud, dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*, rapporte deux observations.

La première concerne une femme de 20 ans,

hystérique, chez laquelle l'Astasie était intermittente et fut guérie par la suggestion hypnotique.

Dans le second cas, il s'agit d'une jeune fille de 14 ans où le syndrome se présentait sous la forme saltatoire et se rattachait également à l'hystérie.

Le cas que rapporte Bremer, dans le *The Journal of Nervous and menthal Disease*, n'est remarquable que par l'étiologie. Il s'agit d'une femme qui fut prise brusquement d'Astasie-Abasie à l'occasion d'un choc causé par l'arrêt brusque d'un ascenseur où elle avait pris place.

Lehman, dans le *Deutsch medical Woch*, rapporte deux cas d'Astasie-Abasie : l'un concernant un homme de 34 ans, alcoolique ; l'autre, une jeune fille infirme depuis deux ans et guérie par les bains.

Dans le *Médical Record*, en 1893, on lit une observation de Weber qui doit être signalée. L'auteur croit que le syndrome observé chez son malade est en rapport avec une lésion de la moelle, dont il entreprend d'établir la localisation. A la suite d'une brûlure de jambe et d'un séjour au lit de quelques jours, un homme de 24 ans s'aperçoit qu'il lui est devenu impossible de se tenir debout et de marcher. Couché ou assis, le malade remue parfaitement ses membres inférieurs.

Se fondant sur l'absence d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels, sur celle de tout

stigmate névropathique, sur l'absence des réflexes tendineux et l'existence d'une analgésie occupant les membres et le tronc jusqu'au dessus du pubis, l'auteur est d'avis que, dans ce cas, il s'agit, non d'une névrose, mais d'une lésion organique de la moelle. Celle-ci siègerait, à son avis, au niveau de la région des premières racines lombaires, et occuperait les celulles des cornes antérieures ; du moins telle serait la localisation qu'autorisent les rapports de la distribution des troubles dissociés de la sensibilité, avec ce qu'on sait des fonctions de la moelle.

Je relate cette observation avec quelques détails, bien que cette hypothèse paraisse fort discutable.

Smith rapporte l'observation d'une femme hystérique qui, à la suite de quelques-unes de ses crises, perd temporairement la faculté de marcher.

L'auteur, tout en faisant valoir le mécanisme de l'aboulie, croit pouvoir rattacher cette difficulté de la marche à de l'Astasie-Abasie.

On peut lire, dans l'*Union Médicale du Nord-Est*, de 1894, une observation d'Astasie-Abasie, publiée par Vilcoq. Il s'agit d'un jeune homme pris d'Astasie-Abasie à la suite d'une frayeur.

Nous signalerons encore en 1894 une observation de M. Donadieu Lavit sur un cas d'Astasie-Abasie d'origine hystérique.

Enfin dans la même année paraissent les travaux de Mingazzini, Jonhs, Friedlander, Denucé.

Ce dernier auteur signale des troubles de la marche (Astasie-Abasie) consécutifs au phimosis congénital.

Dans l'année 1895, nous trouvons des travaux importants relatifs à cette question.

La *Presse médicale* renferme une observation de MM. Surmont et Brunelle fort intéressante et qui semble créer, d'après le dire des auteurs, une forme spéciale et non décrite d'Astasie-Abasie : « l'Astasie-Abasie oscillante ». Du reste, l'observation qui fait la base de ce travail est reproduite plus loin en entier.

On doit signaler en France, dans l'année suivante, un travail de M. Marfan : « Paraplégie hystérique ou Astasie-Abasie », un autre de M. Leblond : « Notes sur un cas d'Astasie-Abasie ».

A l'étranger, nous indiquerons les Mémoires de Silva, Essner et Petren.

Durant l'année 1897 paraissent plusieurs travaux français fort intéressants.

C'est d'abord un Mémoire de M. Milian qui a pour titre : « Contribution à l'étude de l'Astasie-Abasie ». L'auteur rapporte une observation d'Astasie-Abasie à forme trépidante, remarquable par l'Astasie-Abasie des membres supérieurs, caractérisée par de l'incoordination des mouvements et le dérobement de la main qui, à un mo-

ment donné, refuse tout service pour l'écriture. De plus, il existe un point cardiaque hystéroclasique. La compression de cette zone a un rôle frénateur sur les accidents présentés par les membres supérieurs et inférieurs.

M. Ballet, dans l'*Indépendance médicale*, relate une observation d'Astasie-Abasie à forme trépidante, et insiste beaucoup sur l'Astasie-Abasie émotive, la staso-basophobie décrite par Debove et Boulloche.

M. Naamé fait paraître une note sur un cas d'Astasie-Abasie ataxique.

A la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, MM. Vergely et Carrieux rapportent un cas d'Astasie-Abasie. M. Mongour insiste fortement sur la part de phobie qui existe dans tous les cas d'Astasie-Abasie, et il le prouve par l'exemple d'une malade guérie subitement par le port d'un corset.

L'année 1898 est féconde en travaux sur l'Astasie-Abasie. L'un des mémoires, les plus importants sur cette question, est un nouveau travail de M. Ballet paru dans la *Semaine Médicale* et qui traite des Astasies-Abasies amnésiques, Abasies par obsessions et par idées fixes.

Gélineau, dans son étude sur « les désiquilibrés des jambes » consacre aux astasiques

quelques chapitres que l'on consultera avec intérêt.

Il faut encore signaler dans la même année les observations parues à l'étranger, de Clauss, de Goldstein, de Nylander et de Motta-Coco.

En 1899, nous ne ferons que signaler les observations de Hervouet et de Funke.

Le docteur Terrien publie, dans le *Progrès Médical* du 17 novembre 1900, une observation fort intéressante d'Astasie-Abasie hystérique. Il s'agit d'un homme de 38 ans qui, depuis quatre ans, est dans l'impossibilité absolue de se tenir debout et de marcher. Le malade marche sur les coudes et les avant-bras. Ces troubles coïncident avec de l'exagération des réflexes patellaires et de la parésie des deux avant-bras. La guérison complète a été dans ce cas obtenue immédiatement après une seule séance d'hypnotisme.

L'année dernière, dans la séance du 29 novembre de la Société Médicale des hôpitaux de Paris, MM. P. Marie et Widal ont appelé l'attention sur le syndrome Astasie-Abasie débutant chez des vieillards. Ils rappellent, du reste, à ce propos, deux observations de Charcot et de Ballet qui ont déjà été citées dans cet historique.

Formes Cliniques de l'Astasie-Abasie

L'Astasie-Abasie est presque toujours, comme nous le verrons, un syndrome hystérique ; quelquefois l'unique manifestation de cette névrose. Quand on connaît le polymorphisme des manifestations hystériques, on n'est pas étonné de voir combien ce syndrome, tout en ne s'éloignant pas de la définition de Charcot et de Blocq, peut subir de modifications suivant les individus. Charcot le dit lui-même : « Malgré l'unité foncière du syndrome, les phénomènes de l'Abasie et de l'Astasie ne se manifestent pas toujours dans la clinique sous le même aspect ; à cet égard, il y a à considérer un certain nombre de groupes répondant à autant de types symptomatiques distincts les uns des autres. » Charcot, visant les différentes formes qu'il avait observées, dressa alors le tableau suivant :

Abasie....	Paralytique ou Parétique.	
Astasie...	Ataxique avec incoordination motrice.....	Choréiforme.
		Trépidante.

« Je ne prétends pas, dit Charcot, que la classification, que je vous propose d'adopter en ce moment, épuise tous les modes possibles de l'Abasie et de l'Astasie et doive être considérée comme définitivement arrêtée ; loin de là ; je ne la considère que comme un premier essai, un plan provisoire. Mais je crois avoir indiqué cependant les principaux points de repaire ou, si vous voulez, les grands jalons autour desquels viendront se grouper naturellement les variétés sans doute fort nombreuses qui pourront se présenter dans la Clinique. »

Charcot écrivait cela en 1888-89, s'appuyant sur une quinzaine d'observations qu'il avait eu l'occasion d'étudier dans ses consultations célèbres : et depuis ce temps, les travaux, les observations se sont multipliés, tant en France qu'à l'étranger, et on a retrouvé partout les mêmes types. La majorité des cas publiés peuvent se ramener à un de ces types principaux. Cependant, certains auteurs ont décrit des formes un peu spéciales qu'il était vraiment difficile de faire rentrer dans la classification si claire et si précise de Charcot.

Nous y insisterons longuement, surtout à propos d'une forme d'Astasie-Abasie que certains auteurs ont voulu rattacher exclusivement à la neurasthénie, et que nous essayerons de grouper sous une même étiquette, ne préjugeant pas, du

reste, de l'étiologie. Nous classerons ces dysbasies psychiques, comme les appelle P. Blocq, sous la rubrique d'Astasie-Abasie fruste. Tout d'abord, nous dirons quelques mots des formes classiques :

Astasie pure

Dans l'Astasie pure, le malade ne peut conserver la station debout ; dès que ses pieds touchent le sol et qu'il n'est plus soutenu, on le voit chanceler, s'affaisser et tomber. S'il marche, il peut conserver ainsi son équilibre. S'il reste immobile, sans appui, il tombe. C'est là, évidemment, une forme très rare, et je ne crois pas qu'il puisse exister une véritable Astasie sans Abasie, car l'une semble contredire l'autre ; il est difficile de s'imaginer un homme qui peut marcher, quand la station debout lui est impossible. Cependant, le fait est réel ; MM. Surmont et Brunelle en ont rapporté un cas (voir observation III de ce travail), mais le plus souvent c'est l'Astasie-Abasie qu'on aura l'occasion d'examiner.

Astasie-Abasie paralytique.

Le premier groupe, décrit par Charcot, est l'Astasie-Abasie paralytique ou parétique. Dès

que le malade se lève et que ses pieds touchent le sol, les jambes fléchissent, se dérobent et le malade tombe.

Dans un degré moins avancé, le malade, soutenu par un aide, peut se tenir debout ; mais, dès qu'il veut marcher, il s'aperçoit qu'il ne sait ou ne peut plus. Les membres inférieurs sont maladroits, ils exécutent des mouvements lents et irréguliers : « on dirait alors un très jeune enfant, complètement inexpérimenté encore dans l'exécution du mécanisme de la marche, qui, soutenu par sa nourrice, s'exerce gauchement à esquisser ses premiers pas. »

Dans ce groupe, on remarque seulement une simple impuissance pour la marche ; il n'existe pas de contractures, pas de mouvements contradictoires.

Le petit malade, que nous avons observé dans le service de M. le professeur Bézy, était atteint d'Astasie-Abasie à forme paralytique ou parétique. Comme l'on peut s'en convaincre, en lisant l'observation qui est relatée plus loin (observation I), notre petit malade fléchissait sur ses jambes et tombait sans présenter de mouvements anormaux, ni de contractures.

Astasie-Abasie choréiforme

Dans l'Astasie-Abasie choréiforme, l'aspect du malade est bien différent : « La station debout est, à chaque instant, troublée par de brusques flexions du bassin sur les cuisses, et des cuisses sur les jambes assez analogues à ce que l'on voit se produire lorsque une personne, se tenant raide sur ses jambes, reçoit à l'improviste un coup sec sur le creux du jarret. »

Tel est, d'après les propres paroles de Charcot, le type particulier du syndrome astasique choréiforme. Mais les membres inférieurs ne sont pas les seuls qui soient affectés de mouvements désordonnés : les membres supérieurs, le tronc, la tête, le cou, prennent part à la danse. A chaque pas, on voit le malade se baisser, se redresser, agiter les bras ; c'est une véritable chorée, une chorée progressive : car les mouvements, loin de se calmer, ne font que s'exagérer jusqu'à ce que le malade tombe ou se couche. Tous les phénomènes disparaissent alors, et rien ne distingue plus le malade d'un sujet normal.

On relira avec intérêt l'observation publiée par P. Blocq et dont nous ne donnons ici qu'un simple résumé :

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui, à la suite de

contrariétés, au moment où elle venait de terminer sa prière du soir, fut dans l'impossibilité de se relever et de se tenir debout. Elle présentait des mouvements saccadés des jambes et du tronc. Elle eut plusieurs accès, puis ces troubles s'atténuèrent pendant quatre ans. En 1888, ces troubles ont reparu. Dans la station debout il se produit une série de saccades ; le bassin se fléchit sur les cuisses, les cuisses sur les jambes. Pendant la marche, tout s'exagère ; on voit le tronc se fléchir et se redresser, ses bras s'agitent, les mouvements ne font qu'augmenter jusqu'à amener la chute de la malade. La sensibilité cutanée est diminuée. Les réflexes tendineux sont presque abolis. Rétrécissement du champ visuel. Zones hystérogènes. Pression de certaines zones provoquant des attaques.

Astasie-Abasie trépidante.

Charcot décrit sous le nom d'Astasie-Abasie trépidante, un trouble particulier de la marche, surtout caractérisé par de la raideur des membres inférieurs, raideur mêlée de trépidation continue rappelant ce que l'on observe dans certaines paraplégies spasmodiques. Le malade a les jambes raides, accolées l'une à l'autre ; dès qu'il avance, la trépidation, le piétinement commen-

cent ; le malade traîne les pieds, il n'appuie pas le talon, et progresse sur la pointe avec un sautillement continu. C'est là une des formes d'Astasie-Abasie assez continue, et les observations abondent.

Astasie-Abasie monoplégique.

Charcot, dans sa vingtième leçon, en 1889, présente un malade de 75 ans, qui était affecté d'Astasie-Abasie trépidante. Durant plusieurs années, les troubles de la marche avaient été localisés au membre inférieur gauche. Il ne nous a pas été possible de retrouver une autre observation venant appuyer ce fait. Il y aurait peut-être lieu, comme le fait remarquer Gilles de la Tourette, de distinguer une forme monoplégique.

Astasie-Abasie par accès.

Cette forme a été décrite, la première fois, par Ladame, de Genève, en 1890. Il raconte l'histoire fort intéressante d'un homme de 54 ans, atteint d'Abasie sous formes d'attaques. Je vais résumer ici cette observation :

X... est un homme âgé de 34 ans et qui a passé treize ans de sa vie à voyager sur l'Amazonne et dans les Cordillères. A l'âge de 30 ans,

le malade ressentit pour la première fois, en faisant de la haute voltige sur un cheval, une espèce de vertige avec angoisse, grande pâleur et sentiment de défaillance. Quelques jours après, marchant très vite dans une forêt vierge, il reçut un choc dans la tête, fut dans l'impossibilité de marcher et tomba sans perdre connaissance. Il ne resta pas longtemps couché, se releva tout-à-coup et put continuer sa route. Le malade fut très impressionné par cet accident et l'attribua à sa faiblesse génitale, car, peu de temps auparavant, il avait eu un chancre mou avec bubon et avait subi inutilement un traitement mercuriel. Depuis ce premier accès, le malade resta très préoccupé; on peut dire qu'il conserva la suggestion de l'impossibilité de la marche. Il demeura pendant quatre ans sans avoir d'autre accident semblable. Un jour, étant à cheval, les mêmes symptômes reparurent et quelques jours après ce vertige, comme il marchait tranquillement dans la rue, il fut pris d'un accès subit. Il lui fut impossible de faire un pas. Il ressentit ensuite des douleurs très violentes au talon qui furent améliorées par l'électricité. Depuis lors, X... ne peut marcher plus de quelques centaines de pas sans être pris soudain d'un accès d'Astasie-Abasie. Une faiblesse angoissante l'envahit: il doit s'arrêter, et s'il ne s'asseyait pas de suite, il tomberait à terre. S'il se force quand même pour mar-

cher, lorsqu'il sent venir les premiers symptômes, il reçoit un coup de marteau dans la nuque et se ressent de cette douleur pendant plusieurs jours chaque fois qu'il tente de faire quelques pas.

Plus tard, à deux reprises différentes, il se remit à marcher. Une première fois, à la suite d'un voyage en chemin de fer, il fit plus de trois kilomètres à pied et marcha pendant quelques jours.

Actuellement, il marche durant quelques minutes, puis tout-à-coup il ressent le coup de marteau sur la nuque et est obligé de s'asseoir. S'il tente de marcher encore, les pieds trépident sans se détacher du sol, comme si le malade était atteint de paraplégie spasmodique.

Cette forme d'Astasie-Abasie peut être rattachée à l'Astasie-Abasie trépidante, comme l'a fait le docteur Maigre dans sa thèse; mais ce qui en fait l'originalité, c'est sa périodicité. Le malade marche et se tient debout: il n'est donc ni astasique, ni abasique à proprement parler. Tout d'un coup il reçoit un choc et ne peut plus marcher. C'est une Astasie-Abasie par attaque, par accès.

En 1892, Bouchaud en a signalé un nouvel exemple.

On peut voir que le malade de Ladame est très préoccupé de son état, il est persuadé qu'il ne guérira pas. Cependant Ladame n'hésite pas à en faire un hystérique à cause des accès de mu-

tisme dont a été frappé plusieurs fois X... N'y aurait-il pas association de deux névroses?...

Astasie-Abasie saltatoire

Brissaud, dans son étude sur le spasme saltatoire, fait remonter la première description de ce syndrome à Bamberger, qui décrivit la contracture saltatoire réflexe. Gowers donna le nom de spasme saltatoire.

Les auteurs voulurent en faire une entité morbide distincte, sous le nom de maladie de Bamberger ; mais Brissaud s'est attaché à démontrer que le phénomène en question n'est autre chose qu'un « incident de la diathèse de contracture » et qu'il appartient comme tel à l'hystérie. Les recherches, qui ont suivi ce travail, ont pleinement approuvé cette manière de voir et les auteurs ont rangé le spasme saltatoire dans l'Astasie-Abasie, et par conséquent dans l'hystérie. Gilles de la Tourette serait porté à considérer l'Astasie-Abasie saltatoire, comme une simple exagération de la forme trépidante, décrite par Charcot.

Le spasme saltatoire « consiste essentiellement en une série de contractions successives des extenseurs et des fléchisseurs de la jambe et quelquefois de la cuisse, contractions toujours très violentes survenant à l'occasion d'une excitation

quelconque, le plus souvent d'une pression exercée sur la surface du membre inférieur. Il présente, par conséquent, son maximum d'intensité lorsque le malade, voulant se tenir debout et marcher, pèse de tout son poids sur ses surfaces plantaires. Les contractions, qui se produisent alors, sont d'une telle intensité et provoquent des mouvements d'une si grande amplitude, que le sujet saute sans pouvoir s'en empêcher, comme s'il était sur des charbons ardents. Le plus souvent, il n'y a rien de rythmé dans ces bonds; les jambes sont projetées en avant, en arrière, à droite ou à gauche, et, s'il ne s'accroche à un lit, à un meuble quelconque, le malade tombe presque aussitôt. Cette danse incoordonnée a quelque chose de si imprévu et de si ridicule, qu'on se demande, au premier abord, si le sauteur ne se moque pas du médecin; et le fait est que presque tous ceux qui ont décrit des cas de ce genre se sont posés la question et ont soupçonné la simulation. »

Dans les observations publiées, par Brissaud, ces phénomènes spasmodiques ne disparaissent pas complètement au repos. Il suffit parfois d'une émotion pour les faire paraître. Tel est le cas de ce malade qui, assis sur le bord de son lit les jambes pendantes, était pris de convulsions dès qu'on s'approchait de lui pour l'examiner.

Dans le décubitus dorsal, les jambes conservent toujours une certaine raideur; il suffit de percuter

les tendons rotuliens, ou même de soulever les couvertures pour voir apparaître les contractions.

Cette forme diffère en cela de l'Astasie-Abasie trépidante de Charcot. Les observations d'Astasie-Abasie saltatoires sont, du reste, fort rares, car depuis Brissaud, Bouchaud est, je crois, le seul auteur qui en ait rapporté quelques exemples.

Astasie-Abasie oscillante

MM. Surmont et Brunelle décrivent, dans la *Presse médicale* de 1895, une forme nouvelle d'Astasie-Abasie. Nous n'avons pu mieux faire que de reproduire *in extenso* l'observation qui fait la base de ce travail (voir observation III). « Il s'agit d'une hystérique qui présente des troubles curieux de la station debout, consistant en oscillations latérales du tronc, d'abord peu accentuées, puis de plus en plus fortes, enfin telles que l'équilibre en devient impossible à maintenir. » Ces oscillations ne se produisent plus quand la malade prend un point d'appui quelconque. Cette Astasie oscillante alterne avec de l'Astasie-Abasie trépidante classique.

Un fait qui vient augmenter l'intérêt de cette observation, c'est que la malade ne présente que très peu de troubles durant la marche; c'est une des seules observations d'Astasie sans Abasie.

Astasies-Abasies frustes

Quelques observateurs : Binswanger, en Allemagne, Séglas, Debove et Ballet en France, ont essayé de séparer l'Astasie-Abasie vraie d'origine hystérique, une autre espèce d'Astasie-Abasie engendrée par la neurasthénie. Je ne veux rien préjuger de l'étiologie ; il est probable que certaines Astasies-Abasies frustes, comme je propose de les nommer, peuvent relever de la neurasthénie ; mais je suis persuadé que dans la plupart des cas, à la neurasthénie est associée l'hystérie. Toutefois, plutôt que de faire de l'Astasie-Abasie fruste une affection monosymptômatique de la neurasthénie, comme cela découle de certaines observations que nous discuterons, il me semble plus rationnel d'en faire, avec Charcot, une affection monosymptômatique de l'hystérie. Je vais d'abord vous présenter la jeune malade dont l'observation détaillée est reproduite quelques pages plus loin (voir observation II).

M^lle^ M..... est âgée de 14 ans. Si on l'examine

au lit ou assise, elle exécute avec facilité tous les mouvements du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin. Quand notre jeune malade veut essayer de se tenir debout et de marcher, son premier soin est de prendre un point d'appui ; elle saisit votre bras, si vous vous trouvez à sa portée et, grâce à cet appui, elle se tient debout et marche. Si on menace de la laisser seule, de l'abandonner à ses propres forces, elle se plaint, gémit, elle a peur de ne pouvoir se tenir debout, et si on ne la soutient plus, elle chancelle et tombe. Remarquez qu'il suffit à notre malade d'un secours peu puissant pour lui permettre la station verticale et la marche. Ces phénomènes durent depuis deux ans avec une amélioration lente, mais continue. Ils se sont développés à la suite d'une chute sur les genoux, accident suivi d'hydratrose et d'un séjour au lit de quelques mois.

M^lle^ M..... n'est pas le moins du monde préoccupée de son état. Lorsqu'elle est assise ou couchée, lorsqu'elle sait qu'une personne la soutient, elle est parfaitement tranquille, rit et plaisante. Quand on la laisse seule dans la station debout, alors seulement elle souffre d'une véritable angoisse, car elle a peur de tomber, elle sait qu'elle va tomber. Malgré cette angoisse, malgré cette phobie de la station debout et de la marche, je n'hésite pas à conclure que les troubles de la

marche relèvent de l'hystérie. Mlle M..... présente quelques troubles de la sensibilité, le réflexe pharyngien est aboli; cependant, elle n'a jamais eu de crises; les points sous-mammaires, ovariens sont douloureux.

Qui oserait affirmer que cette malade est atteinte de dysbasie amnésique ou de dysbasie par phobie? Il y a donc des cas frontières entre la neurasthénie et l'hystérie participant souvent des deux névroses.

Du reste, comme le dit Ballet : « au premier abord, il paraît y avoir une différence profonde entre l'Abasie hystérique et l'Abasie émotive; dans un cas, il semble, qu'on ait affaire à une impuissance motrice réelle, spéciale sans doute, et limitée à une catégorie de mouvements, mais à une impuissance; tandis que dans l'autre, c'est la crainte qui survient avec l'angoisse concomitante. Au fond, les deux catégories de troubles sont fort analogues. »

La multiplicité des noms, qui servent à désigner ces formes mixtes, prouve combien il est difficile de s'entendre sur ce point. Séglas et Sollier ont désigné cet état par le terme de dysbasie émotive; Blocq lui a donné le nom d'Asbasie psychique; Debove et Boulloche décrivent la basophobie, la stasophobie et Ballet la dysbasie amnésique. Il me semble préférable de désigner ces divers états sous le nom d'Astasies-Abasies frustes, qui ne

préjugent rien de l'étiologie hystérique, neurasthénique ou phobique.

Ce groupe d'Astasie-Abasie fruste est fort intéressant et je vais m'y arrêter quelques instants.

Binswanger publia, en 1890, trois observations d'Astasie-Abasie de forme particulière, qu'il rattacha à la neurasthénie. Il s'éleva contre l'école de la Salpétrière et voulut faire de l'Astasie-Abasie, non un syndrome hystérique, mais un syndrome neurasthénique. C'était là une exagération qui fut combattue en Allemagne, même par Mœbiüs et le docteur Thyssen. Cependant, Binswanger avait eu une idée juste. Seglas, en France, décrivit à son tour une Astasie-Abasie émotive ; Debove et Boulloche insistent sur la phobie dans l'Astasie-Abasie et créent le mot de stasophobie. Blocq l'avait désignée sous le nom d'Abasie-psychique. Enfin Bouveret, Régis, Hallion, J.-B. Charcot et Ballet se sont occupés tour à tour de ce groupe d'Astasie-Abasie.

L'Abasie émotive a ses degrés qui, du plus léger au plus accusé, lui impriment des physionomies bien différentes :

a) Au plus léger, comme le dit Ballet, le trouble reste subjectif : le malade se tient debout comme un autre et marche comme tout le monde ; à le voir, on ne constate chez lui rien d'anormal ; tout se réduit à la crainte de tomber ou de ne pas pouvoir avancer ; mais cette crainte est assez vive,

assez angoissante pour constituer un phénomène pathologique d'importance ».

Un médecin était torturé par cette espèce de basophobie et personne de son entourage ne s'en doutait ; il faisait, tous les matins, sa visite à l'hôpital mais il avait soin de chercher, en parcourant ses salles, des points d'appui qu'il connaissait et qui suffisaient à le tranquilliser. Ces cas-là se rapprochent beaucoup de l'agoraphobie et sont, sans contredit, des phénomènes neurasthéniques.

b) A un degré plus avancé, l'Abasie n'existe pas seulement dans l'imagination du sujet, elle se révèle extérieurement par de véritables troubles de la marche, mais ces troubles ne sont pas continus ; ils surviennent seulement à la suite d'une émotion, d'une circonstance spéciale. Ce prêtre, dont parle Lichtwitz, qui ne pouvait monter les marches de l'autel au moment de dire sa messe, en offre un bel exemple.

c) Enfin, l'Abasie émotive peut être continue, et le malade n'offre plus que peu de différence avec l'astasique abasique véritable.

MM. Debove et Boulloche rapportent une observation de « basophobie » qui se range dans cette troisième catégorie.

Il s'agit d'une femme qui, au lit, ne présente rien de particulier. Quand elle est debout, elle s'affaisse sur elle-même, ses jambes refusant de la porter ; il lui est tout à fait impossible de

marcher seule. Cependant, une aide légère, illusoire même, change de suite l'aspect des accidents ; cela suffit et permet à la malade de se tenir debout et de marcher. Cette femme ne présentait aucun affaiblissement de la sensibilité générale ou spéciale ou de la motilité. Elle n'avait pas de réflexe tendineux, pas de signes de tabès. La marche est redevenue possible progressivement.

Cette observation se rapproche beaucoup de celle de la jeune fille qui fait l'objet de notre observation II. Les deux malades présentent les mêmes troubles de la marche et de la station, qui disparaissent dès que la malade se sent soutenue. La malade de M. Debove n'a pas de sensation d'angoisse, et cependant il pense qu'il se trouve en présence d'une neurasthénique monosymptomatique.

Notre malade, au contraire, est une hystérique monosymptomatique.

Les deux malades peuvent être deux hystéro-neurasthéniques. Du reste, cela n'aurait qu'une importance purement théorique, si le traitement ne devait pas varier suivant que les troubles proviendraient de l'hystérie ou de la neurasthénie.

OBSERVATION I (inédite).

Astasie-Abasie paralytique. — Paralysie faciale. — Paralysie des muscles de la nuque d'origine hystérique. [1]

Pierre R..., âgé de 2 ans 1/2, soumis à l'examen de M. Bézy, le 19 novembre 1901.

Antécédents héréditaires. — Le père est âgé de 34 ans. Il est actuellement employé des pompes funèbres, il exerçait autrefois la profession de polisseur de marbre. Il n'a pas d'habitudes alcooliques et n'est pas nerveux. Il se plaint d'une bronchite chronique.

La mère de notre petit malade exerce la profession de marchande de journaux, elle a déjà été en traitement à l'Hôtel-Dieu pour des crises gastralgiques avec tympanisme abdominal et vomissements survenant quatre ou cinq heures après les repas. Ces accidents ont cédé facilement au régime lacté et aux douches froides quotidiennes. Elle se dit très nerveuse, elle n'a cependant jamais eu de crise de nerf, elle n'a pas de troubles de la sensibilité. Elle a des points douloureux sous les seins, sur la colonne vertébrale et aux zones ovariennes. Elle a eu quatre enfants et n'a jamais fait de fausses couches.

Antécédents collatéraux. — Le jeune R... a eu trois frères. Le premier est mort à un mois. Sa mère, très affaiblie, n'avait pu le nourrir, le médecin qui le soignait a attribué sa mort à l'alimentation vicieuse.

Ses deux autres frères sont en bonne santé : l'un est âgé de 13 ans ; dans son enfance, il a eu de l'incontinence d'urine nocturne ; l'autre est dans sa dixième année. Ce dernier est très nerveux, très irascible.

(1) Communiquée par M. Grimond, interne du service de la Clinique infantile.

Antécédents personnels. — L'enfant est venu à terme, l'accouchement n'a présenté aucun incident. Le petit Pierre a été nourri au sein d'une manière très rigoureuse jusqu'à l'âge de un an. Depuis lors, alimentation mixte. Il n'a jamais eu de troubles digestifs, pas de convulsions ; il a mis ses premières dents à 7 mois et a commencé de marcher à 14 mois. L'enfant, d'après ce que dit sa mère, est excessivement nerveux, irritable, il pleure et crie sans raison, puis rit et redevient triste, il fuit la société des petits gamins de son âge.

Maladies antérieures. — Il n'a jamais eu de maladies. Cependant, en avril dernier, il eut, nous dit sa mère, une fièvre frès forte accompagnée d'une rougeur, d'une cyanose de tout le corps. Cette affection a duré deux jours. L'enfant a parfois des accès de toux sèche, sans expectoration ni gêne de la respiration. La mère est persuadée que ces accidents sont dus aux vers intestinaux et administre des pastilles vermifuges qui produisent, dit-elle, un effet prompt et radical.

Maladie actuelle. — *1er novembre 1901.* — L'enfant jouissait d'une bonne santé, mais sa mère remarquait qu'il devenait maladroit pour marcher ; l'enfant trébuchait ; elle attribuait cette gêne de la marche aux sabots dont elle l'avait chaussé pour la première fois de l'année. Cependant, l'année précédente, l'enfant avait porté des sabots et s'était parfaitement accommodé de ce genre de chaussure. Les jours suivants, ces troubles de la marche n'ont fait que s'exagérer.

7 novembre. — Le jeune Pierre a été confié ce jour-là à des petits voisins de son âge ; l'enfant est tombé et la mère remarque le soir, en rentrant du travail, que son fils s'est fait, dans sa chute, une bosse séro-sanguine au front. L'enfant est maussade et ne cesse de pleurer. Le lendemain, la marche devient de plus en plus difficile mais elle est encore possible, il tomberait souvent si on ne le soute-

nait par le bras. La mère remarque aussi, ce jour-là, que l'enfant tient la tête obstinément penchée vers le sol. Elle croit que cette flexion obstinée est due à la douleur que peuvent provoquer quelques ganglions sous-occipitaux enflammés dont elle remarque alors la présence. L'enfant a de l'incontinence d'urine nocturne.

14 novembre. — La mère, voyant que ces troubles ne passent pas, se décide à montrer le jeune Pierre R... au professeur Bézy. C'est ainsi que nous voyons sommairement cet enfant, le 14 novembre, à la consultation du dispensaire des enfants.

Le jeune Pierre R... est bien développé pour son âge, son état de santé générale paraît bon, mais la marche est très difficile et la station debout impossible. Dès que l'on place l'enfant sur ses jambes, s'il ne progresse pas, ses jambes fléchissent et il tombe; la jambe droite paraît la plus faible. On est frappé, en l'examinant, de voir que cet enfant maintient sa tête fléchie ; si un objet sollicite son attention et éveille sa curiosité, il la redresse, mais la laisse retomber aussitôt. Les mouvements d'opposition de la tête sont faibles et on la redresse sans qu'il puisse résister d'une façon marquée.

Les membres inférieurs ne sont pas paralysés. Quand l'enfant est assis ou couché, il conserve parfaitement la liberté de ses membres inférieurs ; il lance parfaitement des coups de pied, la force musculaire n'est en rien diminuée; rien en somme, à l'état de repos, ne fait penser qu'il puisse exister un trouble fonctionnel quelconque du côté des membres inférieurs. L'enfant ne présente aucun trouble de la sensibilité, il réagit très bien aux piqûres et au pincement de la peau. M. le professeur Bézy pose immédiatement le diagnostic d'Astasie-Abasie et conseille à la mère de conduire son fils, à l'Hôtel-Dieu, à la Clinique des enfants.

15 novembre. — La mère nous raconte que le lendemain

de la consultation, l'enfant, qui ne pouvait plus, déjà, se tenir debout, a été dans l'impossibilité complète de marcher.

17 novembre. — Dans la matinée, l'enfant a été pris brusquement de vomissements « glaireux ». Toute tentative d'alimentation, dans la journée, provoque de nouveaux vomissements. La mère attribue ces accidents à une indigestion. En même temps l'enfant avait des mouvements convulsifs, des « crispations » dans les bras, sans perte de connaissance.

18 novembre. — La mère et l'enfant entrent à l'hôpital et sont placés dans une salle des douteux.

Examen. — L'enfant se présente sous un aspect tout particulier, il tient la tête fléchie en avant et regarde obstinément le sol. Sa face est déviée à gauche, ce qui n'existait pas lors du premier examen du 14 novembre ; la commissure labiale est tirée en bas et à gauche. Quand l'enfant pleure, la bouche prend la forme d'un ovoïde à grosse extrémité dirigée à gauche. Il ne pleure que d'un côté. L'œil gauche est moins ouvert que l'œil droit, cependant l'enfant peut fermer ses yeux complètement. Il existe du strabisme convergent.

Il n'existe pas de malformations dentaires. La voûte palatine est normale.

L'examen du poumon et du cœur sont négatifs. Du côté de l'abdomen, on constate la présence d'une hernie inguinale. Il n'existe rien d'anormal du côté de la colonne vertébrale.

L'enfant est couché dans son lit, les mouvements des membres inférieurs sont absolument normaux ; il lance des coups de pied vigoureux quand on le pince ; il résiste très bien à la flexion de la jambe. L'examen des réflexes est rendu impossible par l'indocilité du petit sujet.

La sensibilité est bien conservée ; l'enfant sent très bien

sur toute la surface du corps. Il paraît exister une zone d'hypéresthésie au-dessus de la fesse droite. Le moindre contact, en cette région, provoque de vives réactions et des cris ; la mère avait déjà remarqué cette particularité. Les jambes présentent un volume normal, il n'y a pas trace d'hypertrophie musculaire ni d'atrophie. L'examen électrique est négatif.

Depuis son entrée à l'hôpital, l'état du jeune Pierre est sensiblement stationnaire. Suivant les jours, on peut remarquer que sa face est plus ou moins déviée à gauche. Les nuits sont assez bonnes, le sommeil est coupé parfois de réveils subits pendant lesquels l'enfant s'agite, crie, pleure et se débat.

Les fonctions digestives sont normales.

26 novembre. — Nous examinons de nouveau notre petit malade. Cette fois, il est possible d'examiner l'état des réflexes patellaires, ils nous paraissent plutôt diminués. Lorsqu'on chatouille la plante du pied, l'enfant retire le pied d'un mouvement d'ensemble, sans qu'il soit possible de constater un mouvement de flexion ou d'extension des orteils. Les muscles du dos semblent s'affaiblir et se paralyser car, quand on commande à l'enfant de s'asseoir, il exécute cet acte avec une certaine paresse, et quand il est assis, le tronc s'incline en avant comme la tête.

29 novembre. — L'enfant paraît redresser mieux sa tête, mais le tronc est fléchi davantage. La paralysie faciale persiste, mais la zone d'hypéresthésie observée au-dessus de la fesse droite est bien diminuée.

1er décembre. — Notre petit malade est pris brusquement de vomissements glaireux abondants, le matin à jeun.

6 décembre. — Il semble exister, aujourd'hui, une gêne considérable dans le bras droit. L'enfant s'en sert beaucoup plus difficilement que du bras gauche.

11 décembre. — Depuis quelques jours, il s'est produit une amélioration notable ; il y a atténuation manifeste de tous les symptômes ; la déviation de la face a diminué de même que le strabisme ; la marche est difficile mais elle est possible. Le bras droit est toujours parésié.

14 décembre. — L'état de l'enfant devient de plus en plus satisfaisant. Il se sert beaucoup mieux du bras droit.

17 décembre. — L'enfant marche sans aide, la déviation de la face est à peine appréciable.

24 décembre. — Les troubles de la marche ont entièrement disparus. Le facies du malade est redevenu normal mais, chose singulière, l'incontinence d'urine qui n'avait cessé d'exister faiblement durant toute la maladie depuis le commencement de novembre, s'accentue de plus en plus à tel point que l'enfant urine jour et nuit sans s'en apercevoir.

31 décembre. — Le jeune Pierre R..... quitte l'hôpital en très bon état, l'incontinence nocturne d'urine persiste seule.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Gilles de la Tourette dit bien que l'Astasie-Abasie s'observe à tous les âges, mais il de peut citer qu'une observation du D[r] Cahen concernant un enfant de 7 ans. Dans toutes les observations que j'ai consultées pour la rédaction de ce travail, je n'ai jamais vu signaler le début de l'Astasie-Abasie à un âge si peu avancé.

Les phénomènes abasiques ont coïncidé, chez notre petit malade, avec des parésies multiples et une paralysies faciale.

M. le professeur Bézy[1] avait déjà appelé l'attention sur les paralysies faciales, autres que les paralysies obstétricales, chez l'enfant. Dans un travail publié en 1895 dans *la Presse médicale*, notre Maître passe en revue les diverses causes de paralysie faciale chez l'enfant.

Ce petit malade est un bel exemple de paralysie faciale infantile, d'origine nerveuse.

OBSERVATION II (inédite)

RECUEILLIE DANS LA MAISON DE SANTÉ DU DOCTEUR NOGUÈS, PAR M. LE DOCTEUR SIROL.

Astasie-Abasie de forme fruste.

Marguerite A..., 14 ans, observée par M. le docteur Noguès, le 1er mars 1902.

Antécédents héréditaires. — Le père de cette jeune fille n'a pas d'antécédents alcooliques, mais il est très nerveux, sans cependant avoir jamais eu de crises d'aucune espèce. La grand'mère paternelle de la malade avait des crises nerveuses.

La mère, les frères et les sœurs sont en très bonne santé et ne sont pas nerveux.

Antécédents personnels. — Notre malade n'a pas eu de maladies de l'enfance. A 6 ans, elle a eu la rougeole, à 9 ans, la scarlatine. La maladie actuelle remonte à l'âge de 12 ans. L'enfant, qui était très impressionnable, très

(1) Bézy. Paralysie faciale infantile, *Presse médicale*, 1895, p. 145.

vive, fit un jour, en jouant, une chute violente sur le genou gauche. Cette articulation devint le siège d'une large ecchymose et d'une hydartrose. A la suite de cet accident, elle dut garder le lit pendant trois ou quatre mois. L'articulation fut immobilisée dans un appareil et dans une gouttière.

Après cette période de repos, l'articulation guérit parfaitement, mais quand la malade se leva du lit et posa les pieds sur le sol, elle ne put ni se tenir debout ni marcher; elle éprouvait, au moment d'exécuter les mouvements de la marche, une sorte de frayeur qui l'empêchait de se tenir debout et d'avancer seule. Quand on la prenait par la taille, quand on la soutenait par les bras, elle reprenait courage et parvenait à faire quelques pas. Depuis cette époque, elle ne marche plus que de cette façon, mais il s'est fait à la longue une amélioration sensible ; tandis qu'au début elle ne parvenait qu'à faire quelques pas, elle a pu, progressivement, faire des courses plus longues en s'appuyant moins sur la personne qui la soutenait; mais jamais, depuis deux ans elle n'a pu se tenir debout et faire un pas sans une personne pour la soutenir.

Etat actuel. — 25 février 1902. — Marguerite A... est âgée de 14 ans, elle est plutôt grande pour son âge, elle a toutes les apparences d'une bonne santé, elle se présente soutenue fortement par la personne qui l'accompagne ; elle rit et plaisante et ne paraît pas le moins du monde inquiète de son état.

La station debout et la marche lui est complètement impossible quand la malade se trouve seule, isolée, privée de tout soutien.

Quand on essaie de l'abandonner, on voit sa figure exprimer l'angoisse et la frayeur, ses yeux cherchent avec insistance un point d'appui ; elle mesure la distance qui la sépare d'un meuble ou d'une chaise ; elle se cramponne

au bras de la personne qui l'accompagne et si celle-ci se dérobe, elle chancelle et tombe.

Quand on l'exhorte à marcher seule, et qu'on la soutient mal, elle gémit et déclare qu'elle ne peut demeurer seule, elle va tomber. Cette crainte est très pénible pour elle, elle n'est vraiment heureuse que dans la station assise ou couchée. La bonne humeur reparaît alors et elle semble oublier entièrement son état. Quand on la soutient, sa marche est légèrement maladroite, mais cependant assez régulière. Quand la malade est assise ou couchée, les membres inférieurs récupèrent tous leurs mouvements, elle lance parfaitement un coup de pied, croise très bien ses jambes. Ces dernières résistent parfaitement aux mouvements de flexion. Elle résiste, au contraire, très faiblement aux mouvements d'extension, lorsqu'on lui commande de résister à ces divers mouvements.

Il existe quelques troubles de la sensibilité, les points sous-mammaires et ovariens sont douloureux. Les réflexes rotuliens sont normaux.

Il n'existe pas de dyschromatopsie.

Le réflexe pharyngien est aboli.

Durant la nuit, son sommeil est parcouru de rêves qu'elle suit parfois à haute voix.

Notre malade a l'intelligence vive et est quelquefois exubérante. Elle répond très bien, en général, aux questions qui lui sont adressées. Elle se rend très bien compte du début de sa maladie, comment cette dernière a évolué, mais elle n'en paraît pas autrement préoccupée. Elle est continuellement distraite et semble toujours être plongée dans un espèce de rêve. Si on lui demande de répéter ce qu'elle vient de dire, elle le fait volontiers, mais est incapable de dire à quoi cela a rapport ; elle ne sait plus, elle l'a oublié. Elle répète parfois le même mot et la même phrase ; elle dit un jour à une personne qui l'accompagnait et à qui elle témoigne d'ordinaire beaucoup d'affec-

tion : « Comme vous êtes bête » ; puis lui fait immédiatement des excuses, car ce n'était pas à elle que cette phrase s'adressait. Notre malade présente, en somme, un état mental un peu spécial fait de légèreté, d'insouciance et de manque de suite dans les idées.

Depuis qu'elle est à la Clinique du docteur Noguès, elle se trouve isolée des siens, constamment suggestionnée à l'état de veille, elle suit un traitement hydrothérapique (douches froides quotidiennes), et un traitement électrique (bains statiques). Depuis cette époque, son état s'améliore tous les jours, et notre jeune malade marche beaucoup plus facilement, mais il est encore indispensable qu'une personne l'accompagne. Elle se tient debout et marche si on la tient par la main, elle se laisserait tomber si elle se trouvait isolée.

OBSERVATION III

Publiée par MM. Surmont et Brunelle, in Revue Médicale, 1895.

Hermance L..., 39 ans, couturière, entre le 19 octobre 1892, à l'hôpital Saint-Sauveur, salle Sainte-Marguerite, n° 1, pour des troubles nerveux divers, des attaques convulsives et surtout, dit-elle, parce qu'il lui est impossible de se tenir debout.

Antécédents. — Ses antécédents héréditaires sont intéressants à signaler; son père est mort à 82 ans, presque subitement. Il ne fit jamais de maladie, sauf un rhumatisme articulaire aigu qui fut suivi de rhumatisme chronique. Il n'était pas alcoolique, au dire de la malade, mais il avait un caractère emporté.

Sa mère est morte à 47 ans, d'un cancer utérin; elle avait des « attaques de nerfs. »

La malade a un frère de 50 ans et une sœur de 49 ans, tous deux sont bien portants et n'ont jamais rien présenté de particulier à signaler du côté du système nerveux. Elle a perdu un frère, en bas âge, à la suite d'un accident. Elle a une nièce de 22 ans qui est hystérique.

Les antécédents personnels sont caractéristiques et montrent, jusqu'à l'évidence, que nous avons affaire à une malade présentant depuis longtemps déjà des phénomènes d'hystérie.

Hermance L... a eu la rougeole dans sa jeunesse. Elle a été réglée à 14 ans, la fonction menstruelle, apparue d'une façon normale, a continué de même ; vers 18 ou 20 ans, elle a eu de la leucorrhée tenant, dit-elle, à de l'anémie qui dura trois ans environ. A 20 ans, elle accouche normalement d'un enfant qui meurt à l'âge de six mois.

Mariée à 29 ans, elle a, vers cette période de sa vie, une subite extinction de voix, que rien n'explique en dehors des troubles nerveux. Cette extinction de voix dure quelques jours et disparaît subitement.

A 31 ans, elle a ses premières attaques convulsives. Celles-ci surviennent à la suite de contrariétés, d'émotions, etc.; pendant leur durée, la malade conserve la sensation du monde extérieur, elle voit et entend, mais elle s'agite et il lui est impossible de parler. Elle est prévenue de l'attaque par une douleur dans le dos, se faisant sentir au niveau d'une zone hyperesthésique du rachis. C'est de ce point que part toujours l'aura précédant l'attaque ; la malade compare la douleur qu'elle éprouvait en cet endroit à une constriction, analogue à celle que déterminerait une pression vive de la colonne vertébrale entre les mains.

Ces attaques, dont nous venons de décrire rapidement les caractères, étaient, au début, peu fréquentes ; elles apparaissaient une fois tous les mois environ.

Mais elle a éprouvé de nombreux chagrins depuis trois ans : son mari est devenu fou ; atteint du délire des gran-

deurs, il a dépensé rapidement le peu qu'il possédait, puis est mort dans un asile d'aliénés, il y a un an.

Désolée par ces malheurs, la malade voyait ses attaques revenir plus fréquentes. Il y a deux ans, elle en avait presque tous les jours. Ces attaques se montraient surtout au moment de la période menstruelle ; elle est d'ailleurs alors beaucoup plus irritable que dans l'intervalle des règles.

Il y a un an (vers le mois d'octobre 1891), elle est entrée à l'hôpital où elle a présenté un accès de mutisme ; on lui fit prendre des bains sulfureux ; on lui appliqua des rigollots sur le larynx, sur le rachis ; bref, elle sortit améliorée, mais non guérie. Sa voix reparut graduellement quand elle fut chez elle. Nous devons dire que le mutisme n'avait pas été continu ; il disparaissait, mais pour un moment, après l'application des rigollots ou quand la malade avait pris quelque boisson bien chaude.

Débuts de la maladie. — Depuis quinze mois, Hermance a perdu la faculté de rester debout. Ce phénomène a débuté sans cause apparente. Dans le courant du mois d'août 1891, en sortant de son atelier, elle éprouva un léger vertige, elle rentra sans remarquer autre chose d'anormal, mais le lendemain, elle ne pouvait plus « s'équilibrer », selon sa pittoresque expression. Quand elle est venue à l'hôpital, l'année dernière, elle présentait déjà ce trouble, sur lequel elle n'attira pas l'attention et que l'on ne découvrit pas, car elle restait au lit.

Depuis sa sortie, c'est-à-dire depuis un an environ, elle a été occupée à coudre chez elle. Se levait-elle de sa chaise, elle oscillait, se mettait difficilement en équilibre et était obligée de prendre un point d'appui sur les objets voisins. Ce balancement, cette perte de l'équilibre augmentait si elle fixait quelque chose, si elle regardait par la fenêtre, mais surtout quand, étant debout, elle se sentait fixée par quelqu'un.

Dans la rue, elle perdait l'équilibre quand elle marchait « au pas de procession », comme elle dit; elle était obligée alors d'accélérer la marche et même de se précipiter en avant pour retrouver son équilibre.

En marchant un peu vite, elle ne voyait rien d'anormal se produire. Elle en était arrivée à ne plus pouvoir s'arrêter aux vitrines des magasins; si elle le faisait inconsciemment, tout de suite sa vue s'obnubilait et elle était obligée, pour ne pas tomber, de prendre un point d'appui et de faire précipitamment quelques pas. Rencontrait-elle des amies, elle ne s'arrêtait plus, dans la crainte de ne pas être capable de se tenir debout, d'être obligée de partir précipitamment et de passer pour folle.

Chez elle, il lui était difficile de faire la cuisine, parce qu'elle ne pouvait se tenir droite devant sa cuisinière que pendant un petit moment.

Etat actuel. — Est le suivant au 20 novembre 1892, date à laquelle l'un de nous présente la malade aux élèves, dans une clinique de l'hôpital Saint-Sauveur.

Hermance L..... est nettement hystérique. Elle présente de nombreux troubles de la sensibilité, hyperesthésie au niveau des apophyses épineuses des 7e et 8e vertèbres dorsales. Analgésie presque généralisée ; les sensations de pression légère et de chatouillement, de pincement de la peau, la thermoesthésie, sont conservées. Dans les endroits analgésiés, il suffit de promener légèrement la main sur la surface cutanée, pour y déterminer, au lieu de l'analgésie, de l'hyperesthésie; une simple piqûre d'épingle détermine alors de brusques trépidations de tout le membre correspondant.

Il existe une zone hyperesthésique et hystérogène au niveau de l'angle gauche de la mâchoire.

Le réflexe rotulien est exagéré. Les réflexes cornéen, lumineux, accommodateur, sont conservés. Le réflexe pharyngien est presque totalement aboli.

La vue est parfois brouillée, troublée après un moment d'application, mais pas de diplopie monoculaire.

Le champ visuel est régulièrement et concentriquement rétréci (40 degrés en dedans, 50 en dehors, 30 en haut, 50 en bas).

Pas de troubles du goût ou de l'odorat.

Du côté de l'ouïe, à signaler des sifflements et des bourdonnements passagers.

La boule hystérique existe chez la malade depuis longtemps.

Rien à noter du côté des différents appareils thoraciques ou abdominaux.

L'état intellectuel paraît normal.

Les troubles de la station, chez notre malade, sont des plus intéressants. Disons de suite qu'il s'agit d'Astasie, nous verrons tout à l'heure si elle a présenté de l'Abasie.

Couchée dans le lit, elle fait, soit avec les membres supérieurs, soit avec les membres inférieurs, les mouvements les plus variés, et cela avec la plus grande précision.

La force est conservée aux membres supérieurs (35 kilos à droite, 20 kilos à gauche) comme aux membres inférieurs.

Il n'y a pas de perte du sens musculaire.

Quand la malade est étendue sur le dos, on ne remarque rien d'anormal ; mais si on la fait asseoir sur le lit, au bout de très peu de temps le tronc est animé d'oscillations latérales, de très peu d'étendue d'abord, mais qui vont progressivement en augmentant pour s'arrêter ou diminuer quand la malade prend un point d'appui.

Il semble qu'elle ne puisse plus se tenir en équilibre sur ses ischions, et, en effet, si elle se « laisse aller », si elle n'empêche pas les oscillations de se produire en se tenant aux couvertures, par exemple, elle tombe d'un côté ou de l'autre sur le lit.

Mais ce phénomène bizarre s'accentue bien davantage et devient beaucoup plus net dans la station assise.

La malade assise devant une table, la main légèrement appuyée sur cette table, se maintient parfaitement droite si on ne la fixe pas, si elle-même ne fixe aucun objet; mais, s'aperçoit-elle qu'on la regarde fixement, aussitôt commencent les oscillations latérales de droite à gauche et de gauche à droite, d'abord peu étendues, puis plus grandes, mais ne dépassant pas une certaine limite tant qu'il y a pour la main un point d'appui ; enlève-t-on celui-ci, les oscillations augmentent rapidement d'intensité, et la chaise elle-même est déplacée latéralement.

Après douze, quinze de ces balancements, ceux-ci deviennent tellement prononcés que la malade serait projetée violemment par terre, si elle ne se retenait ou si on ne la retenait. Chose bizarre, dès que le sujet ferme les yeux, ces oscillations ne se produisent pas, ou elles diminuent et s'arrêtent très vite si elles ont commencé à se produire. Il en est de même quand les pieds peuvent prendre un solide point d'appui et que le dos est bien calé contre le dossier de la chaise. Pour se livrer chez elle à son travail habituel, la couture, la malade employait différents subterfuges qui tous consistaient à se bien caler ; de plus, elle avait soin d'absorber de temps en temps des boissons bien chaudes et surtout du café. Elle était alors immobile pour un instant. Depuis qu'elle est à l'hôpital, elle prend aussi du lait chaud pour osciller le moins possible : elle agissait de même, nous l'avons vu, lors de son premier séjour dans les salles, l'an dernier.

Si nous prions Hermance de sortir du lit et de se lever, elle le fait sans gêne, avec des mouvements un peu brusques toutefois ; elle se baisse et met ses bas sans que rien d'anormal se produise ; mais dès qu'elle est debout, les yeux ouverts, les oscillations latérales apparaissent et

revêtent tout à fait les mêmes caractères que ceux décrits plus haut.

Ces oscillations sont des flexions latérales du tronc, flexions d'abord peu marquées, cinq, six, huit, se succédant, chacune plus forte que la précédente ; elles deviennent alors telles que l'équilibre est impossible, et que la malade pour le reprendre, se livre à des mouvements qui cachent et détruisent ces oscillations, mouvements analogues à ceux qu'emploierait un ivrogne pour se maintenir debout sur place, ou analogues à ceux que nous employons nous-mêmes pour ne pas tomber, quand nous nous trouvons sur un plan mobile (debout sur une voiture en marche, par exemple). L'équilibre retrouvé, les oscillations recommencent, et ainsi de suite.

Parfois, le centre de gravité est par trop déplacé, et la malade tombe. Nous avons vu plus haut que si, par inadvertance, elle s'arrêtait à une vitrine de magasin, elle était prise de ces oscillations et, pour se remettre en équilibre, forcée de faire quelques pas rapides. Il en est de même à l'hôpital. Si nous la faisons placer assez loin devant nous, tournée de notre côté, la priant de se tenir debout immobile, nous ne sommes pas plus de 5 à 10 secondes à constater les oscillations, et dès que celles-ci deviennent menaçantes, nous voyons le sujet se précipiter en avant, et faire presque en courant trois ou quatre pas ; l'équilibre est rétabli, pour plusieurs secondes seulement, si la malade reste en place, définitivement si elle se met en marche.

Tels sont les phénomènes que l'on constate quand le sujet est les yeux ouverts, dans la station debout. Les yeux fermés, toute manifestation anormale disparaît ; pas la moindre hésitation, pas le plus petit mouvement, aucun balancement latéral ou autre. La malade resterait dans cette position, sans broncher, aussi longtemps qu'on le désire-

rait. Il en est de même si on la fait se tenir sur un pied, soit sur le droit, soit le gauche.

Les oscillations ne dépassent pas une certaine limite, si les mains ont un point d'appui même léger, les deux doigts de la main droite, par exemple, appuyant par leur extrémité sur une table.

Le balancement latéral du corps se produit également quand la malade se tient à genoux, le buste droit, les cuisses en extension sous le tronc, et non pas fléchies de façon que les ischions reposent sur les talons.

La marche au pas de procession, lors des premiers examens, était un peu titubante, comme celle d'une personne légèrement ivre, mais ce phénomène a disparu assez vite, et il ne se produisait pas si la marche était plus rapide ; on ne constate pas de steppage, pas de projections anormales des pieds et des jambes. Bref, la marche, plusieurs jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, ne présente rien de particulier à signaler. La marche à quatre pattes est également facile, mais la malade ne peut rester dans cette position sans bouger, parce que les oscillations ne tardent pas à se produire.

Différents traitements ont été tentés. Au début, le sommeil hypnotique, pour employer la suggestion ; mais la pression des globes oculaires déterminait une attaque.

Placée devant un miroir rotatif, assise commodément dans un fauteuil, la malade oscillait d'abord, puis, au bout de très peu de temps, prenait une attaque convulsive. Bref, tous les essais ont échoué, de même que la suggestion à l'état de veille.

Une potion journalière contenant 2 grammes de NaCl., prescrite ensuite, a amené une amélioration sensible quoique peu rapide.

Le 3 janvier 1893, la station assise dans le lit est possible pendant longtemps, sans qu'aucune oscillation se produise.

La malade est perdue de vue jusqu'en décembre 1893. Elle nous raconta alors qu'après être sortie de l'hôpital, elle put reprendre son travail ; elle cousait pendant un certain temps, assise sur une chaise, sans osciller, mais elle se fatiguait très vite et était obligée souvent de se lever et de marcher ; au moment où nous la voyons, les oscillations latérales ne se produisent plus, quelle que soit la position de la malade, mais par contre, quand elle est debout, elle est prise, si elle appuie un peu trop sur l'extrémité des pieds, de mouvements de trépidation absolument analogues à ceux qui se produisent dans le phénomène du pied ; ces mouvements, d'ailleurs peu marqués, ont une durée de quelques minutes seulement, les réflexes rotuliens sont très exagérés.

Vers le mois de juin 1894, elle est complètement guérie ; non seulement elle ne présente plus trace des oscillations, mais elle n'a plus davantage ces mouvements de trépidation, cette Astasie trépidante atténuée, qui avait fait suite à l'Astasie oscillante. Fait très curieux et très important à noter, au point de vue du diagnostic, les réflexes rotuliens sont normaux. Ce qui persiste encore, c'est l'état d'agacement continuel dans lequel se trouvait la malade ; elle voudrait toujours marcher, elle ne peut rester en place, et elle est sur le point d'abandonner son métier de couturière, incapable qu'elle se sent de garder quelques instants de suite la position assise.

Diagnostic et Traitement

L'Astasie-Abasie est une manifestation dont le diagnostic est beaucoup plus facile à faire en clinique qu'à exposer dans un traité didactique. « Ce sont là des phénomènes tellement spéciaux qu'il suffit de les avoir vus une fois pour les reconnaître immédiatement entre beaucoup d'autres; mais il est presque nécessaire de les avoir observés. » (Gilles de la Tourette).

Il faut d'abord établir que l'affection est bien d'origine hystérique. Pour cela, on devra rechercher avec le plus grand soin les moindres stigmates de la grande névrose, et si on ne trouve rien, on doit se souvenir que l'Astasie-Abasie peut être une manifestation monosymptomatique de l'hystérie : « L'Ataxie abasique, dit Charcot, peut se montrer isolée à titre de manifestation monosymptomatique de la névrose au même titre que les divers bruits laryngés, certaines contractures et tant d'autres phénomènes du même genre. Le point essentiel qui fait, à lui seul, le diagnostic,

est la disparition de tous les troubles du côté des membres inférieurs, dans le décubitus horizontal.

Il peut être quelquefois délicat de différencier l'Astasie-Abasie de l'Ataxie cérébelleuse.

L'Abasie choréiforme se distinguera facilement de la chorée rythmée hystérique.

L'Astasie trépidante s'impose le plus souvent.

Quelques difficultés sérieuses peuvent surgir à propos de l'Astasie-Abasie saltatoire. Il est quelquefois fort difficile de séparer cette forme de la sclérose en plaques, avec trépidation spinale très accentuée.

Gilles de la Tourette rapporte un cas où il fut dans l'impossibilité de poser un diagnostic ferme. Il ne faut pas oublier, dans ces cas, que l'hystérie peut s'associer à la sclérose en plaques et en modifier profondément les caractères.

L'Astasie-Abasie oscillante est caractéristique.

Enfin, il restera à répartir, dans les Astasies-Abasies frustes, quelle est la part de l'hystérie et la part de la neurasthénie. L'un ou l'autre de ces états impose une direction particulière du traitement psychique.

Tous les traitements peuvent aboutir à la guérison de l'Astasie-Abasie, comme tous peuvent échouer.

Contre l'Astasie-Abasie hystérique, il n'y a pas d'autre traitement à instituer que le traitement de Charcot contre l'hystérie :

1° Traitement psychique ;

2° Isolement (dans les formes graves).

Dans certains cas, on peut avoir recours à la suggestion hypnotique. Le docteur Terrien raconte une guérison merveilleuse obtenue par une seule séance d'hypnotisme chez un astasique, qui, depuis quatre ans, était dans l'impossibilité absolue de marcher.

Il ne faudrait pas, cependant, abuser de ce mode de traitement, car la suggestion hypnotique affaiblit encore la volonté d'un sujet qui en manquait déjà.

Enfin, l'hydrothérapie et l'électricité (bains statiques) seront toujours très utiles.

Conclusions

1° L'Astasie-Abasie est un syndrome hystérique.

2° Il existe des formes cliniques d'Astasie-Abasie qui ne peuvent rentrer dans la classification de Charcot. Telles sont : l'Astasie-Abasie par accès, saltatoire, oscillante.

3° Il existe des formes frustes d'Astasie-Abasie, dans lesquelles hystérie et neurasthénie semblent se disputer la première place dans la pathogénie.

4° Le traitement de l'Astasie-Abasie ne diffère pas du traitement général de l'hystérie, mais il faut surtout insister sur le traitement psychique.

Vu : *Le Président de la thèse,*
CAUBET.

Vu : *le Doyen,*
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 15 mars 1902.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1864. Jaccoud. — Paraplégie et Ataxie du mouvement, p. 653.

1868. Lebreton. — Paralysie hystérique (thèse Paris, 1868).

1883. Charcot. — Lézioni cliniche del anno scolastico, 1883-84, redatte del Dott-Dom Miliotti, Milano, 1885.

— Charcot et Richer. — Sur une forme spéciale d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche, 1883. *Medecinea contemporanea*, n° 3.

1885. Weir Mitchel. — Lect. of diseases of the nervous system, Philadelphia 1885.

1886. Erlennseyer. — Uber statische reflex Krampse 1886, Leipzig.

— Henoch. — Hystérie des enfants.

— Romei. — Paraplégia infantile nel solo atto della ambulagione. *Gazetta degli ospitali*, n° 76, p. 605.

1888. P. Blocq. — *Archives de neurologie*, 1888, t. xv.

— Berbez. *Gazette hebdomadaire* (30 novembre 1888).

1889. Souza Leite. — *Progrès médical*, xvi (1889).

— Bertiet. — Sur un cas d'Astasie-Abasie (*Lyon médical*, 1889).

1889. Salemi Pace. — Amnesia partiale. *Gaz. seculo anno* IX, p. 132.

— Charcot. — Leçons du mardi, 1888-89, 16e leçon.

— Brunon. — *Poitou médical*, 1889.

— Grasset. — Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec Astasie-Abasie. *Montpellier médical*, 1889.

— Mœbius. — Uber Astasie-Abasie.

1890. Ladame. — *Archives de neurologie*, 1890, XIX, p. 40.

— Binswanger. — Uber psychische bedingte Storungen der Stehen und des gehen. Berlin, *Klinisch. Woch.*, nº 20 et 21, p. 473.

— Sollier et Seglas. — Folie puerpérale ; amnésie Astasie-Abasie. *Arch. de neurologie*, t. XX, 1890, p. 386.

— Pitres. — *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (21 sept. 1890).

— Féré. — Les épilepsies et les épileptiques, Paris, 90.

— Cahen (Georges). — Thèse de Paris, 1890.

— Helfer. — *Jahresber méd.* Gesellech, zu Leipzig, t. CCXXXVI, p. 112, 1890.

— Olivier. — Note sur un cas d'Astasie-Abasie. *Ann. de la policlin.*, Paris 1890, p. 538-42.

— Brissaud. — Le spasme saltatoire dans ses rapports avec l'hystérie. *Archives générales de médecine*, 1890.

1891. Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie, t. I, p. 457.

— Régis. — Les neurasthénies psychiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891.

— Bonamaison. — Deux nouveaux cas d'Astasie-Abasie. *Archives de neurologie*, Paris, p. 93-97.

— Thyssen. — *Archives de neurologie*, 1891.

1891. Wolf. — *Archives de neurologie*, 1891.

Hammond. — *Médical record*, New-York, 1891.

1892. Tournier. — Note sur deux cas d'Astasie-Abasie. *Province méd.*, Lyon 1892, p. 278-280.

— Weil (Ed.) *Archives de neurologie*, Paris, 1892, p. 88-92.

— Maigre. — Thèse Paris, 1892.

— Jolly. — Thèse Lyon, 1892.

— Régis. — Traité de médecine mentale, Paris, 1892, p. 289.

— Morton Prince. — « A case of so called. Astasia-Abasia », *J. nerv. et ment. dis.*, New-York, 1892, p. 887-891.

— Bouchaud. — « Astasie-Abasie à forme intermittente, à forme saltatoire. » *Journal de médecine de Lille*, 1892, p. 603-627.

— Leegaard. — « Astasi-Abasi ». Norsk. Mag. f. Lœgevidensk, Christiania, 1892, p. 1451-1464.

1893. Bremer. — « A case of hysterical Astasia-Abasia suing for damages, with remarck on the natur of this diseases and the hysterical temperament. » *J. nerv. et ment. dis.*, New-York, 1893, p. 13-25.

— Dubois. — Deux cas d'Astasie-Abasie hystérique. Corresp. Blatt. f. scheweiz aerzte. 1er août 1893.

— Terrien. — *Archives de Neurologie*, 1893. Hystérie en Vendée, n° 82.

— François. — « Astasie-Abasie ». *Archives médicales Belges*. Bruxelles, 1893, p. 165-168.

— Debove et Boullocue. — De la Basophobie. *Semaine médicale*, 1893.

— Lehmann. — Zwei Falle von Astasie-Abasie. *Deutsche med. Welmch.*, Leipzig, 1893.

1893. Szorengi. — « Astasia-Abasia ». *Gyograszat*, Budapest, 1893, xxxv, p. 183-185.

— Weber. — « Astasia-Abasia ». *Med. Rec.* New-York 1893, p. 808.

— Smith. — A case presenting the group of symptoms termed Astasia-Abasia, 1893.

1894. Denucé. — Des troubles de la marche (Astasie-Abasie) consécutifs au phimosis congénital. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1894, p. 146-161-196.

— Jonhns. — Hopkins, Hosp. *Bull. Balt.*, 1894, p. 13-16.

— Donadieu-Lavit. — Un cas d'Astasie-Abasie hystérique, Montpellier, méd., 1894, p. 680.

— Vilcocq. — *Union méd. du Nord-Est*, 1894, n° 11, p. 302.

— Mingazzini. — Intorno alla cosi detta staso-basofolia. *Bull. de r. Acad. med. di Roma*, 1894, xx, 29-37.

— Friedlander. — Uber Astasie-Abasie und Behandlung, *Neurol. Centralblat.* Leipzig, 1894.

— Gilles de la Tourette. — Traité Clin. et thérap. de l'hystérie, tome iii, p. 138.

1895. Baroncea. — Un cas d'Astasie-Abasie, Spitatul. Bannesci, 1895, xv, p. 351-353.

— Cénas. — A propos d'un cas d'Astasie-Abasie symptomatique, troubles de l'équilibre provoqués par les tumeurs du lobe frontal. *Loir. Med.* Saint-Etienne, 1895, xiv, p. 59-70.

— Hallion et Charcot. — Dysbasie d'origine nerveuse. *Archives de Neurologie*, 15 février 1895, p. 81.

— Surmont et Brunelle. — Sur une forme d'Astasie-

Abasie. (Astasie oscillante). *Presse médicale*, 1895, p. 66.

1896. Esshner. — A case of Astasia-Abasia. *J. am. M. Ass.* Chicago, 1896, xxvi, p. 966.

— Esshner. — A case of Astasia-Abasia. *J. nerv. et ment. Dis. New-York*, 1896, xxi, p. 480-484.

— Diller. — A case of Astasia-Abasia (with présentation of patient). *Pittsburg med. Rev.*, 1896, 237-331.

— Leblond. — Note sur un cas d'Astasie-Abasie. *J. de médecine et de chirurgie pratique*, Paris, 1896, xi, p. 938-40.

— Petren. — Nagra fall af Astasi-Abasi (Some cases of Astasia-Abasia). *Hygiea*, Stockolm. 1895, 515-547

1897. Ginestous. — Astasie-Abasie guérie par suggestion à l'état de veille. *Gazette heb. des sc. méd.* de Bordeaux, n° 7, 1897.

— Milian. — Contribution à l'étude d'Astasie-Abasie. *Archives générales de méd.*, Paris 1897, p. 350-62.

— Motta. — Astasie-Abasie émotive sur fond hystérique. *Gaz. degli osp. e delle clinische*, 4 sept. 1898.

— Mongour et Liaras. — Astasie-Abasie choréiforme. *Soc. anat. et physiol.* de Bordeaux, 15 mars 1897.

— Popoff. — Contribution à l'étude des névroses traumatiques. Soc. de neurologie et psych. de Kazan, 26 oct. 1897.

— Raymond. — Astasie-Abasie. *Bulletin médical*, 1896, n° 57.

— Naamé. — Note sur un cas d'Astasie-Abasie ataxique unilatérale avec hémianesthésie similaire. *Rev. de méd.*, Paris 1897, p. 399.

1897. Ballet. — Différentes formes d'Astasie-Abasie. *Indépendance médicale*, Paris 1897, XVII, p. 657-680.

1898. Ballet. — Les Astasies-Abasies amnésiques, Abasies par obsession et par idées fixes.

— Crauss. — Un cas d'Astasie-Abasie. — *Belgique méd.*, Gand-Harlem, 1898, p. 193-362.

— Goldstein. — Zur casuistik der Abasia-Astasia. *Centralblatt f. Nerveks und Psychiat.*, Coblentz et Leipzig, 1898, p. 257-262.

— Gelineau. — Des désiquilibrés des jambes, étude psychologique et thérapeutique, 1re série; les ataxiques, Paris, 1898.

— Nylander. — Ett fall of Astasia-Abasia. *Hygiea*, Stockolm, 1898.

1899. Hervouet. — Un cas d'Astasie-Abasie. *Gazette médicale de Nantes*, 1898-99, p. 67.

— Funke. — Ein Beitrag zur Behandlung des Astasia-Abasia. Leipzig, 1898-99, p. 189-208.

1900. Terrien. — Astasie-Abasie hystérique. *Progrès médical*, 1900, n° 46, t. XII.

1901. Widal et Marie. — Astasie-Abasie chez les vieillards. *Société méd. des Hôp.* (Paris), séance du 29 novembre.

Toulouse. Imp. MARQUÈS et Cie, boulevard de Strasbourg, 22.